



**UNIVERSIDAD NACIONAL
PEDRO RUIZ GALLO**



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**

**ASOCIACIÓN ENTRE DÉFICIT COGNITIVO Y ESTADO
AFECTIVO EN ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN DOS
ESTABLECIMIENTOS DE SALUD. LA VICTORIA, CHICLAYO.
OCTUBRE 2016 – FEBRERO 2017**

TESIS

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE
MÉDICO CIRUJANO**

AUTOR:

Bach. ALDO FABRIZZIO DEL PIELAGO MEOÑO

ASESOR TEMÁTICO Y METODOLÓGICO:

Dra. BLANCA FALLA ALDANA

LAMBAYEQUE, MARZO 2017



**UNIVERSIDAD NACIONAL
PEDRO RUIZ GALLO**



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**

**ASOCIACIÓN ENTRE DÉFICIT COGNITIVO Y ESTADO
AFECTIVO EN ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN DOS
ESTABLECIMIENTOS DE SALUD. LA VICTORIA, CHICLAYO.
OCTUBRE 2016 – FEBRERO 2017**

TESIS

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE
MÉDICO CIRUJANO**

**Bach. ALDO FABRIZIO DEL PIELAGO MEOÑO
AUTOR**

**Dra. BLANCA FALLA ALDANA
ASESOR METODOLÓGICO- TEMÁTICA**



UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

**ASOCIACIÓN ENTRE DÉFICIT COGNITIVO Y ESTADO
AFECTIVO EN ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN DOS
ESTABLECIMIENTOS DE SALUD. LA VICTORIA, CHICLAYO.
OCTUBRE 2016 – FEBRERO 2017**

TESIS

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE
MÉDICO CIRUJANO**

MIEMBROS DEL JURADO CALIFICADOR Y EXAMINADOR:

**Dr. JUAN JOSÉ CRUZ VENEGAS
PRESIDENTE**

**Dr. JULIO CÉSAR VILLANUEVA ANGELES
SECRETARIO**

**Dr. JAIME YSRAEL SALAZAR ZULOETA
VOCAL**

**Dr. MIGUEL ANGEL MARCELO VERAU
SUPLENTE**

A veces nuestro destino semeja un árbol frutal en invierno. ¿Quién pensaría que esas ramas reverdecerán y florecerán? Mas esperamos que así sea, y sabemos que así será.

Johann Wolfgang Goethe.
Poeta y dramaturgo alemán.
(1749-1832)

DEDICATORIA

A Dios, razón infinita de amor, paz y sabiduría

A Perla, mi madre, quien me dio la fuerza para afrontar el día a día, y me enseñó el camino correcto de esta gran aventura llamada vida

A Luciano, por ser ejemplo de dedicación, y quién en sus oraciones me tiene presente.

A Rosita, mi compañera, quien estuvo a mi lado en esta travesía, demostrándome el sincero sentimiento del amor.

A mis demás familiares, amigos y a todos aquellos que confiaron en mi persona, ayudándome a ser mejor cada día

Y al destino, quien me enseñó a forjar el mañana.

Aldo Fabrizio Del Pielago Meoño

AGRADECIMIENTO

Gracias a Dios por permitirme tener y disfrutar a mi familia, gracias a ella por apoyarme en cada decisión y proyecto, gracias a la vida porque cada día me demuestra lo hermosa que es y lo justa que puede llegar a ser.

A la Dra. Blanca Falla Aldana, asesora y colaboradora de esta investigación. Quien con su tiempo brindado, formó parte esencial del estudio.

A los médicos docentes de nuestra casa de estudios, por lo aprendido y ser parte vital de nuestra formación académica y humana.

Y finalmente a todas las personas que se cruzaron en este camino y que me dieron palabras de aliento y apoyo. Recordarles que cada momento vivido durante estos años son únicos.

El Autor

ÍNDICE

DEDICATORIA.....	5
AGRADECIMIENTO	6
INDICE	7
RESUMEN.....	8
ABSTRACT	9
I. INTRODUCCIÓN	10
PROBLEMA.....	12
OBJETIVO.....	12
ANTECEDENTES.....	13
BASE TEÓRICA.....	14
II. MATERIAL Y MÉTODOS	20
DISEÑO DEL ESTUDIO.....	21
POBLACIÓN Y MUESTRA.....	21
CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	21
MATERIALES, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	22
ANÁLISIS ESTADÍSTICOS DE LOS DATOS.....	23
III. RESULTADOS	24
IV. DISCUSIÓN	31
V. CONCLUSIONES.....	33
VI. RECOMENDACIONES.....	35
VII. BIBLIOGRAFÍA.....	37
ANEXOS	42

RESUMEN

Introducción: Los cambios que constituyen e influyen el envejecimiento son complejos. En el plano biológico, el envejecimiento está asociado con la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares. ⁽¹⁾

Objetivo: Evaluar la asociación entre el déficit cognitivo y estado afectivo en adultos mayores de dos centros de salud La Victoria, Chiclayo, atendidos en el año 2016 por consultorio externo.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio observacional, analítico y retrospectivo que incluyó a individuos mayores de 60 años. Siendo un total de 1250 personas registradas por orden de consulta en los centros de salud. De las cuales se obtuvo una muestra por comparación de proporciones, con una proporción para depresión del 27% para mujeres y 14% en varones, dando un total de 302 pacientes. Se realizó análisis univariado presentando en frecuencias y porcentajes, bivariado usando chi-cuadrado y t-student, y multivariado usando regresiones generalizado lineal.

Resultados: Un total de 302 pacientes. El promedio de la edad fue 73 años. Se encontró que el 30,8% presentaban manifestaciones depresivas, y el 18,2% presentó algún grado de deterioro cognitivo. Hubo 160 (52,98%) que tuvieron un riesgo socio familiar, en valoración funcional dependiente se detectaron 29 (9,60%). Existió asociación en el análisis multivariado de depresión y grupo étnico, deterioro cognitivo, valoración socio-familiar ($p < 0,05$).

Conclusiones: Gran porcentaje de adultos mayores tienen riesgo a tener depresión y deficiencia cognitiva, así como riesgo socio-familiar. Además, la depresión está asociado con deficiencia en el estado cognitivo, siendo el riesgo socio familiar un factor influyente que puede ser prevenibles.

Palabras Claves: Salud Pública; Anciano; Deterioro Cognitivo; Índice masa corporal, Atención Primaria de Salud. (Fuente DeCS).

ABSTRACT

Introduction: The changes that constitute and influence aging are complex. Biologically, aging is associated with the accumulation of a wide variety of molecular and cellular damage. ⁽¹⁾

Objective: To evaluate the association between cognitive deficit and affective status in older adults of two health centers La Victoria, Chiclayo, attended in 2016 by external practice.

Materials and Methods: An observational, analytical and retrospective study was conducted, including individuals older than 60 years. There are a total of 1250 people registered by order of consultation in health centers. Of these, a sample was obtained by comparing the proportions, with a proportion for depression of 27% for women and 14% for men, giving a total of 302 patients. We performed univariate analysis on frequencies and percentages, bivariate using chi-square and t-student, and multivariate using generalized linear regressions.

Results: A total of 302 patients. The average age was 73 years. It was found that 30.8% presented depressive manifestations, and 18.2% had a degree of cognitive deterioration. There were 160 (52.98%) who had a socio-familial risk; in functional dependent assessment 29 (9.60%) were detected. There was association in the multivariate analysis of depression and age group, cognitive impairment, socio-familial assessment ($p < 0.05$).

Conclusions: A large percentage of older adults are at risk for depression and cognitive impairment, as well as socio-familial risk. In addition, depression is associated with deficiency in the cognitive state, with familial partner risk being an influential factor that may be preventable.

Key Words: Public Health; Old man; Cognitive Impairment; Body mass index, Primary Health Care. (Source DeCS).

I. INTRODUCCIÓN

I. INTRODUCCIÓN

El envejecimiento, es un acontecimiento natural que forma parte del ciclo vital de todos los seres vivos donde se experimentan cambios de orden físico, psicológico y social entre otros. Es uno de los fenómenos sociales de mayor impacto de este siglo.

Así mismo el mundo ha experimentado cambios sociodemográficos, siendo así que la pirámide poblacional se ha volcado hacia el aumento de ésta población.⁽²⁾

Además de los factores físicos, el envejecimiento también depende de factores cognitivos y mentales, Se entiende por trastorno cognitivo la existencia de un déficit subjetivo y objetivo en las funciones cognitivas: deterioro de la capacidad de atención y concentración, de razonamiento, ejecutivo, de juicio, de planificación, de adaptación a situaciones nuevas, de memoria, de lenguaje expresivo y comprensión del lenguaje, de las capacidades viso constructivas y de orientación en el espacio, y es percibido de distintas maneras; presentándose también enfermedades múltiples que desencadenan secuelas que generan discapacidad lo cual producirá una serie de sentimientos perjudiciales que llevarán al aislamiento, llevándolo a una etapa de depresión.⁽¹⁾

Por lo general, la depresión es sub tratada en los servicios de medicina, especialmente en hombres. La literatura indica que la depresión enmascarada, la depresión menor y la depresión secundaria a enfermedad somática tienen una mayor prevalencia en los ancianos que en gente joven. ⁽³⁾

Según El EURODEP (Estudio Europeo de la Depresión en mayores que viven en la comunidad) encuentra una prevalencia global del 12.3% (mujeres 14.1% hombres 8.6%).

En una revisión sistemática mundial la prevalencia global es del 13.5%, con un 1.8% para el episodio depresivo mayor y con un 10.2% para depresión menor.⁽⁴⁾

La depresión en el adulto mayor es más frecuente en mujeres, viudas, pacientes con enfermedades crónicas, en portadores de algún tipo de trastorno del sueño como insomnio, y en aquellos que han experimentado un evento estresante en sus vidas.⁽³⁾⁽⁵⁾

En el Perú, el grupo de personas mayores de 65 años aumentó lentamente, pasando de 3.5% en 1950 a 4.7% en el año 2000. Se asume que crecerá rápidamente a 15.7% en el año 2050 (actualmente dicha población alcanza un 6.3%).⁽⁶⁾ Esto nos debe hacer pensar, que son un grupo de edad que está en aumento, y que requiere cuidados adecuados en nuestro país.

No encontramos estudios nacionales que indiquen cual es la frecuencia de las diversas capacidades cognitivas, afectivas o nutricionales de la población adulta mayor, lo que motivo a realizar el presente estudio.

PROBLEMA:

¿Existe asociación entre déficit cognitivo y estado afectivo en adultos mayores atendidos durante el año 2016 por consulta externa en dos establecimientos de salud La Victoria, Chiclayo?

OBJETIVOS

➤ General

- ✓ Evaluar la asociación entre el déficit cognitivo y el estado afectivo en adultos mayores de 02 centros de salud La Victoria, Chiclayo, atendidos en el 2016 por consultorio externo.

➤ **Específico**

- ✓ Describir las características sociodemográficas en adultos mayores atendidos por consulta externa
- ✓ Determinar la asociación entre las características sociodemográficas y el estado cognitivo en adultos mayores que acuden a consulta externa.
- ✓ Determinar la asociación entre las características sociodemográficas y el estado afectivo en adultos mayores que acuden a consulta externa

ANTECEDENTES

- ✚ Segura Cardona A, Cardona Arango D, et al. (2012). En el estudio: Riesgo de depresión y factores asociados en adultos mayores. Antioquia, Colombia. 2012. Encontraron que el riesgo de depresión se asoció con la edad, el estado civil, el nivel educativo, el consumo de alcohol y cigarrillo; al igual que con la poca o nula participación en actividades comunitarias, la percepción de mala calidad de vida y la pérdida de capacidad funcional. ⁽⁷⁾
- ✚ Durán Badillo T, Aguilar R, et al, (2013) en el estudio Depresión y función cognitiva de adultos mayores de una comunidad urbano marginal. Encontró: 40.1% sin depresión, 3.9% con depresión leve y 25% con depresión establecida; así como 58.3% función cognitiva íntegra y 41.7% deterioro cognitivo. Correlación negativa entre depresión y función cognitiva ($r = -0.242$; $p = 0.000$). ⁽⁸⁾
- ✚ Leiva S.A (2014). En el estudio Factores predictores de deterioro cognitivo en población mayor de 64 años institucionalizada y no institucionalizada. Presentó como resultado: La prevalencia de deterioro cognitivo en institucionalizados fue del 47%, superior a la de los no institucionalizados que fue del 8% ($p < 0,001$). La dependencia para las actividades básicas para la vida diaria y las actividades didácticas fueron las únicas variables que en ambos grupos se asociaron con el deterioro cognitivo. La institucionalización ($OR = 5,368$), la edad ($OR = 1,066$) y la

dependencia para las actividades básicas para la vida diaria (OR= 5,036), se asociaron de forma negativa con el deterioro cognitivo, mientras que las actividades didácticas (OR= 0,227) se asociaron de forma positiva. ⁽⁹⁾

✚ Custodio N.H (2014). en el estudio: Depresión en la tercera edad como factor de riesgo y su posible rol como pródromo de demencia, menciona que Los estudios de seguimiento longitudinal y de caso-control reportan una estrecha asociación entre depresión de inicio tardío y deterioro cognitivo progresivo, pues se ha demostrado riesgo de incremento en 2 a 5 veces para desarrollar demencia en pacientes con depresión de inicio tardío. ⁽¹⁰⁾

✚ Jimenez M.A (2015), en el estudio: Relación entre probable deterioro cognitivo y depresión en personas adultas mayores. Encontró como resultado: El 73.7% fueron del sexo femenino, el 46% tienen entre 60 y 70 años de edad, el 23.63 % presenta probable depresión leve y el 24.54% va de probable deterioro cognitivo leve a moderado, cabe destacar que a mayor edad se observan casos de probable depresión y deterioro cognitivo severo. Por lo que concluyo que existe consistencia entre el probable deterioro cognitivo y depresión en los niveles normal y leve en una quinta parte de la población estudiada conservando una similitud con otros estudios razón por la cual la valoración geriátrica de enfermería en la detección precoz es fundamental para limitar el daño ⁽¹¹⁾

BASE TEÓRICA

Los cambios que constituyen e influyen el envejecimiento son complejos. En el plano biológico, el envejecimiento está asociado con la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares. Con el tiempo, estos daños reducen gradualmente las reservas fisiológicas, aumentan el riesgo de muchas enfermedades y disminuyen en general la capacidad del individuo. A la larga, sobreviene la muerte. ⁽¹²⁾

Pero estos cambios no son ni lineales ni uniformes, y solo se asocian vagamente con la edad de una persona en años. Así, mientras que algunas personas de 70 años gozan de un buen funcionamiento físico y mental, otras tienen fragilidad o requieren apoyo considerable para satisfacer sus necesidades básicas.

En parte, esto se debe a que muchos de los mecanismos del envejecimiento son aleatorios. Pero también se debe a que esos cambios están fuertemente influenciados por el entorno y el comportamiento de la persona. ⁽¹²⁾

Más allá de las pérdidas biológicas, la vejez con frecuencia conlleva otros cambios importantes. Se trata de cambios en los roles y las posiciones sociales, y la necesidad de hacer frente a la pérdida de relaciones estrechas. Así, los adultos mayores suelen concentrarse en un conjunto menor pero más importante de metas y actividades, además de optimizar sus capacidades presentes a través de la práctica y el uso de nuevas tecnologías y compensar la pérdida de algunas habilidades con otras maneras de realizar las tareas ⁽¹³⁾

➤ **ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL A NIVEL MUNDIAL**

El envejecimiento poblacional constituye un fenómeno mundial. En el año 2009 se estimaba que 737 millones de personas tenían 60 años y más, y constituían la “población” adulta mayor del mundo. Se proyecta que esta cifra aumentará a dos billones en 2050. Hoy en día, una persona cada nueve en el mundo tiene 60 o más años.

La División de Población de las Naciones Unidas proyecta que, en el año 2050, una persona de cada cinco tendrá 60 años o más. Este fenómeno es parte de lo que se conoce como la transición demográfica, donde a grandes rasgos, la población joven va disminuyendo, en pos de la población de mayor edad, lo cual, en la pirámide poblacional se traduce en un estrechamiento de la base y un ensanchamiento de su cúspide.

Lo que comenzó como un fenómeno exclusivo de los países desarrollados se ha instalado también en los países en vías de desarrollo. El porcentaje de personas mayores es hoy en día mayor en los países desarrollados, sin embargo el envejecimiento poblacional está creciendo más rápido en los países en desarrollo en comparación con aquellos en los que el envejecimiento poblacional está más avanzado, observándose que dos tercios de la población adulta mayor del mundo, viven en países en desarrollo. ⁽¹³⁾

➤ ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL A NIVEL LATINOAMERICANO

Los países latinoamericanos han experimentado profundas transformaciones en su estructura poblacional. Esta evolución responde a la acelerada caída de la fecundidad, que fue precedida por la reducción sostenida de la mortalidad desde fines de la primera mitad del siglo XX. ⁽¹³⁾

América Latina: Indicadores del proceso de envejecimiento de la población, 1960-2060

Indicadores	1960	1980	2000	2015	2020	2040	2060
Población total (en miles a mitad de año)	212.169	352.857	509.752	607.982	635.864	711.950	726.303
Población de 60 años y más (en miles a mitad de año)	12518,0	23288,6	41799,7	68702,0	82662,3	152357,3	216438,3
Porcentaje de personas de 60 años y más	5.9	6.6	8.2	11.3	13.0	21.4	29.8
Porcentaje de personas de 80 años y más	0.4	0.7	1.0	1.7	2.0	4.1	7.8
Edad mediana de la población	19.0	19.7	24.2	29.3	31.1	38.5	44.2
Índice de envejecimiento*5	13.9	16.7	25.7	44.2	54.9	116.1	190.4

Fuente: CEPAL, América Latina y el Caribe, Observatorio Demográfico, N°12, Octubre 2011

➤ ENVEJECIMIENTO, SALUD Y FUNCIONAMIENTO

La dinámica de la salud en la vejez es compleja. Los elementos que entran en juego se expresan, en última instancia, en las capacidades físicas y mentales y en el funcionamiento de la persona mayor. ⁽¹²⁾

Con los años, se producen numerosos cambios fisiológicos fundamentales, y aumenta el riesgo de enfermedades crónicas. Después de los 60 años, las grandes cargas de la discapacidad y la muerte sobrevienen debido a la pérdida de audición, visión y movilidad relacionada con la edad y a las enfermedades no transmisibles, como las cardiopatías, los accidentes cerebrovasculares, las enfermedades respiratorias crónicas, el cáncer y la demencia. ⁽¹²⁾

Al evaluar las necesidades de salud de una persona mayor, no solo es importante tener en cuenta las enfermedades concretas que puede presentar, sino también cómo estas interactúan con el entorno y repercuten en las trayectorias de funcionamiento. Tales evaluaciones funcionales exhaustivas de la salud en la vejez predicen considerablemente mejor la supervivencia y otros resultados que la presencia de enfermedades en particular o incluso el grado de comorbilidad ⁽¹²⁾

➤ ENVEJECIMIENTO Y ENFERMEDAD

Existe una relación epidemiológicamente demostrada entre la enfermedad y el envejecimiento, esto no quiere decir que todas las enfermedades aumenten en función de la edad. Brody señaló dos grupos: enfermedades que se relacionan con la edad, las cuales se asocian con más frecuencia a una edad específica y las enfermedades que dependen de la edad, las que aumentan su incidencia de forma exponencial en la medida que aumenta la edad.

Hay ciertos desórdenes asociados con los cambios intrínsecos que acompañan al envejecimiento y a los cuales el adulto mayor es particularmente proclive: los trastornos motores del esófago y la osteoartritis, por ejemplo.

Algunas complicaciones de enfermedades comunes ocurren sólo décadas después de iniciado el proceso y son por ende más frecuentemente observadas en el adulto mayor (manifestaciones neoplásicas del sprue celíaco, las complicaciones de la hipertensión arterial o las manifestaciones tardías de la diabetes). ^{(12) (13)}

➤ OTROS FACTORES INVOLUCRADOS

El adulto mayor es vulnerable por situaciones que limitan sus posibilidades de apego a las recomendaciones terapéuticas o incluso el acceso a los servicios de salud, tales como:

- El deterioro de su capacidad económica.
- Dificultades de acceso a servicios y a información.
- Posible deterioro de su entorno social y familiar.

➤ PATOLOGÍAS NEUROPSIQUIÁTRICAS

✓ Deterioro Cognitivo

Se entiende por trastorno cognitivo la existencia de un déficit subjetivo y objetivo en las funciones cognitivas: deterioro de la capacidad de atención y concentración, de razonamiento, ejecutivo, de juicio, de planificación, de adaptación a situaciones nuevas, de memoria, de lenguaje expresivo y comprensión del lenguaje, de las capacidades viso constructivas y de orientación en el espacio.

Según la ENS (Chile) 2009-2010, la prevalencia de deterioro cognitivo del adulto mayor es de un 10,4%, con mayor proporción en el grupo de 80 años y más en que se presenta en un 20,9%. No se observan diferencias significativas entre hombres y mujeres mayores en esta dimensión. Esta encuesta refiere también que a menor nivel educacional, la prevalencia de deterioro cognitivo aumenta. ⁽¹³⁾

✓ **Síntomas Depresivos**

La Encuesta Nacional de Salud (chile) 2009-2010 utilizó la escala CIDI-SF (abreviado) como screening, definiendo como “Síntomas depresivos en el último año”: disforia o anhedonia casi todos los días, la mayor parte del día por al menos 2 semanas seguidas más la presencia de al menos 5 de 7 síntomas adicionales, independiente de la presencia o no de tratamiento farmacológico (CIDI-SF \geq 5).

En este contexto, para las personas de 65 años y más se encontró una prevalencia de síntomas depresivos de un 11,2%, inferior a la nacional de 17,2%; significativamente mayor en mujeres 16,9% que en hombres 4,1%.

En los registros DEIS 2012, un número de 43.099 personas de 65 años y más, estuvieron en tratamiento por depresión el año 2012. ⁽¹³⁾

➤ **VALORACIÓN CLÍNICA DEL ADULTO MAYOR**

La valoración clínica del adulto mayor es el proceso diagnóstico multidimensional y usualmente multidisciplinario, destinado a cuantificar en términos funcionales las capacidades y problemas médicos, mentales y sociales del adulto mayor con la intención de elaborar un plan de promoción, prevención, atención y/o rehabilitación, según corresponda.

En el Centro de Salud donde se cuenta con un equipo multidisciplinario, la valoración clínica del adulto mayor puede incluir la colaboración de varios miembros del equipo.

La valoración incluirá: historia clínica, evaluación de enfermería y antecedentes socioeconómicos. ⁽¹⁴⁾

II. MATERIAL Y MÉTODOS

II. MATERIAL Y MÉTODO

DISEÑO DEL ESTUDIO

Se realizó un estudio observacional, analítico y retrospectivo

POBLACIÓN Y MUESTRA

Se realizó en personas mayores de 60 años que acudieron a dos centros de salud de La Victoria, Chiclayo, Perú (Centro de salud Fernando Carbajal Segura El Bosque y Centro de salud La victoria Sector II) durante el año 2016 (registrados desde enero del 2016 hasta diciembre del 2016).

Siendo un total de 1250 personas registradas por orden de consulta en los centros de salud. La muestra se obtuvo por comparación de proporciones (con una proporción para depresión del 27% para mujeres y 14% en varones), dando un total de 302 personas. El muestreo utilizado fue aleatorio simple (sin reposición) mediante la obtención de un listado en donde figure a cada adulto mayor atendido en los centros de salud en mención.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

- Los criterios de inclusión en este estudio fueron: Pacientes mayores de 60 años que asistieron a consultorio externo (es la parte destinada a la atención ambulatoria de pacientes y con los distintos tipos de especialidades) de Medicina General en los 02 centros de salud de La Victoria, quienes también fueron evaluados por un equipo especializado en atención del adulto mayor, conformado por una enfermera y una psicóloga; evaluando tres aspectos: mental, social, funcional.
- Los criterios de exclusión fueron: Pacientes que acudieron al establecimiento de salud (donde se realizó la investigación) que no fue por consultorio externo. Registros de la Historia Clínica que no contaron con la información a recolectar. Se excluyó a todos los pacientes que fueron evaluados por primera vez.

MATERIALES, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Como técnica de recolección de datos se empleó la observación y la entrevista, y como instrumento se elaboró una recolección de datos tomando como fuente la historia clínica del adulto mayor (principalmente en los antecedentes y en la valoración clínica del adulto mayor [VACAM]) **(Ver Anexo 01)**. Dicha recolección fue recopilada por el investigador, utilizando el número de historia clínica para su localización.

En caso de haber estado incompleta, se hará una revisión de anteriores evaluaciones (las más próximas a la actual). Al no estar presente se eliminó y se reemplazó con otra historia clínica.

Con lo que se pudo evaluar estado afectivo, déficit cognitivo y otras variables de interés.

Como son las siguientes:

- ❖ Estado afectivo: Escala depresión abreviada de Yesavage validado al español (sensibilidad: 81,1%, especificidad: 76,7%). Evalúa la presencia de manifestaciones depresivas o ausencia de manifestaciones depresivas, con cuatro preguntas, de las cuales dos o más son síntomas depresivos. ⁽¹⁵⁾ **(Ver Anexo 02)**
- ❖ Evaluación cognitiva: Se usó cuestionario abreviado de Pfeiffer (sensibilidad: 85,7%, especificidad: 79,3%). Consta de 10 preguntas sobre orientación, memoria y cálculos sencillos. Esta escala valora memoria, atención y orientación. Clasificado en Normal, deterioro cognitivo leve, moderado y severo. Validado al español por Iglesias JM et al. ⁽¹⁶⁾ **(Ver Anexo 03)**
- ❖ Valoración funcional: Índice de Katz validado al español, coeficiente de replicabilidad 0,94 y coeficiente de correlación 0,73. Se evaluaron 6 funciones presentes en las actividades de la vida diaria. Clasificado: Dependiente e Independiente. ⁽¹⁶⁾ **(Ver Anexo 04)**

- ❖ Valoración social del adulto mayor: Evalúa un grupo de aspectos que permiten conocer de manera general la situación familiar, social y económica del adulto mayor clasificando en Buena, regular y deficiente. Para catalogarlo en Riesgo o no riesgo. **(Ver Anexo 05)**
- ❖ Estado Nutricional: Se evalúa mediante el índice de masa corporal (IMC) según la clasificación del estado nutricional para el adulto mayor del Ministerio de Salud del Perú, infrapeso ($IMC \leq 23,0$), normal ($IMC > 23$ a < 28), sobrepeso ($IMC \geq 28$ a $< 32,0$) y obesidad ($IMC \geq 32$). ⁽¹⁷⁾
- ❖ Comorbilidades: Hipertensión arterial, diabetes mellitus 2 y problemas osteoarticular. Esto según revisión médica registrada en la historia clínica.

ANÁLISIS ESTADÍSTICOS DE LOS DATOS

Los datos fueron tabulados en una base de datos en Microsoft Excel 2013® y procesados estadísticamente con el programa STATA v.11.0. Los datos cuantitativos (Edad, IMC) fueron resumidos como medidas de tendencia central y desviaciones típicas, previa verificación de la distribución normal de las variables con el valor normal de Shapiro-Wilk. Los datos cualitativos (Estado afectivo, funcional, cognitivo, nutricional y social) fueron resumidos como proporciones y porcentajes. Para el análisis bivariado se usó chi-cuadrado, y prueba exacta de Fisher para variables categóricas. Se usó T de student y U-Mann Withney para comparar medias de variables categóricas y cualitativas de 2 grupos, previa verificación de la distribución normal. Se reportó el intervalo de confianza y los valores p obtenidos del modelo lineal generalizado (GLM) (el cual incluirá estado afectivo y deterioro cognitivo, ajustándose a las demás variables en estudio) usando la familia Poisson, la función de enlace log, modelos robustos. Se consideró un $p < 0,05$ como estadísticamente significativo.

II. RESULTADOS

III. RESULTADOS

El estudio tuvo una muestra de 302 historias clínicas de personas adultas que contaban con los registros a evaluar.

El sexo predominante fue el femenino con un 63,6 %. La mediana de edad fue de 73 años con una distribución de rangos de 60 a 95 años, pues tuvo una distribución no normal (Prueba Shapiro-Wilk $p < 0,05$).

Al evaluar las variables principales, se encontró que 93 adultos mayores (30,8 %) presentaron manifestaciones depresivas. Los que tenían deterioro cognitivo moderado fueron 11 adultos mayores (3,6 %). Además, 159 adultos mayores (52,7 %) tuvieron un estado nutricional normal, la mediana del IMC fue 25,88 Kg/m² pues tuvo una distribución no normal (Prueba Shapiro-Wilk $p < 0,05$). La valoración funcional dependiente fue de 29 pacientes (9,6 %). Las demás categorías se detallan en la Tabla 1.

**Tabla 1: Características de adultos mayores del distrito de La Victoria, Chiclayo
(N=302)**

Características	N	%
Sexo		
Femenino	192	63,6
Masculino	110	36,4
Edad		
60 - 64	56	18,5
65 - 69	56	18,5
70 - 74	52	17,2
75 - 79	72	23,9
80 a más	66	21,9
Edad*	73	60-95
Estado cognitivo		
Normal	247	81,8
Leve	35	11,6
Moderado	11	3,6
Severo	9	3
Estado afectivo		
Sin manifestaciones depresivas	209	69,2
Con manifestaciones depresivas	93	30,8
Valoración funcional		
Dependiente	29	9,6
Independiente	273	90,4
Índice de Masa corporal*	25,88	17,1-38,1
Estado nutricional		
Infra peso	57	18,9
Normal	159	52,7
Sobrepeso	52	17,2
Obesidad	34	11,2
Valoración Socio-Familiar		
Buena situación	103	34,1
Riesgo social	160	53
Problema social	39	12,9
Comorbilidades		
Hipertensión Arterial	138	45,7
Diabetes Mellitus 2	36	11,9
Problemas osteoarticular	109	36,1

* Se presenta como mediana y distribución de rangos por no presentar una distribución normal (Shapiro-Wilk<0,05)

En el análisis bivariado, encontramos que aquellos pacientes que presentan déficit cognitivo tienen 2,35 veces el riesgo de tener alguna manifestación depresiva, en comparación con aquellos adultos mayores que no mantienen algún déficit cognitivo. Lo mismo pasa con la edad, donde se encontró que aquellos individuos con una edad por encima de 80 años, presenta 1,52 veces el riesgo de presentar alguna manifestación depresiva, en comparación de aquellos que tienen una edad por debajo la misma.

Otros resultados, en comparación, se detallan en la tabla 02

Tabla 2: Análisis bivariado del estado afectivo y otras variable en los adultos mayores del distrito de La Victoria, Chiclayo

Características	Análisis Bivariado			
	Sin depresión	Con depresión	RP	IC (95%)
Grupo etario				
60 – 69 años	64,65	63,77	1	
70-79 años	75,15	76,56	0,71	0,47-1,07
80 a más	84,76	85,32	1,52	1,03-2,24
Sexo				
Masculino	79 (71,8 %)	31 (28,2%)	1	
Femenino	130 (67,7%)	62 (32,3%)	1,14	0,79-1,64
Estado cognitivo †				
Sin deterioro cognitivo	186(75,3%)	61(24,7%)	1	
Con deterioro cognitivo	23(41,8%)	32(58,2%)	2,35	1,72-3,21
Valoración funcional †				
Dependiente	192(70,3%)	81(29,7%)	1	
Independiente	17(58,6%)	12 (41,4%)	1,39	0,87- 2,23
Valoración Socio-Familiar †				
Buena situación	86 (83,5%)	17 (16,5%)	1	
Riesgo social	111 (69,4%)	49 (30,6%)	1,85	1,13-3,03
Problema social	12 (30,8%)	27 (69,2%)	4,19	2,59-6,79
Valoración nutricional				

Normal	106 (66,7%)	53 (33,3%)	1	
Delgadez	41 (71,9%)	16 (28,1%)	0,84	0,52-1,34
Sobrepeso	39 (75%)	13 (25%)	0,75	0,44-1,26
Obesidad	23 (67,7%)	11 (32,4%)	0,97	0,56-1,65
Comorbilidades				
Hipertensión arterial	90 (65,2%)	48 (34,8%)	1,26	0,90-1,77
Diabetes Mellitus	26 (72,2%)	10 (27,8%)	0,89	0,51-1,55
Problemas osteoarticulares	74 (67,9%)	35 (32,1%)	1,06	0,75-1,51

†. Se usó prueba de Chi-cuadrado ‡Se usó prueba exacta de Fisher.

a: RP: Razón de prevalencias ajustado con modelos lineales generalizados.

b: Regresión logística logarítmica de Poisson; nivel de significación $P < 0,05$.

En el análisis multivariado para el estado afectivo de los adultos mayores del distrito la victoria. Chiclayo, con la deficiencia cognitiva ajustado a las variables edad, estado nutricional, comorbilidades, dependencia, estado socio-familiar, se encuentra un RP de 1,76. Sin embargo esto no es influyente en los varones pero si es significativo en las mujeres. Por lo tanto, Independiente de la edad, estado nutricional, enfermedades, estado socio familiar del adulto mayor, las mujeres que tienen alguna manifestación depresiva, tienen 2,32 más probabilidades de tener deterioro cognitivo. (Tabla 3)

Tabla 3: Análisis multivariado del estado afectivo clasificado por el sexo en los adultos mayores del distrito de La Victoria, Chiclayo

Modelo 1		
Variable	PR	IC (95%)
Deficiencia cognitiva (total)	1,76	1,23-2,52
Masculino	1,43	0,75-2,73
Femenino	2,32	1,48-3,63

Modelo 1: Ajustado por edad, estado nutricional, enfermedades, dependencia, estado socio-familiar

IV. DISCUSIÓN

IV. DISCUSIÓN

El deterioro cognitivo en los pacientes adultos mayores es uno de los problemas más frecuentes que encontramos en este grupo etario y se ve agudizado a causa de distintos factores tales como la depresión mayor o enfermedades crónicas. La depresión mayor puede darse a causa de problemas familiares, sociales o económicos y se ha visto en un estudio de más de 100 000 pacientes que la probabilidad de sufrir de demencia en edad avanzada se duplica si el paciente está con depresión.^{(18) (19)} En un estudio realizado en España en el año 2014 encontraron que el principal apoyo emocional para los pacientes adultos mayores son la familia y con ellos se ve beneficiado su salud física y psicológica.⁽²⁰⁾ Sin embargo, hay que tener en cuenta que estos pacientes también sufren de enfermedades crónicas como es el caso de la Hipertensión Arterial, y se ha visto que estas enfermedades deterioran la salud de los adultos mayores, por lo que en un estudio caso control realizado en Holanda investigaron si había alguna influencia positiva por parte del tratamiento antihipertensivo en mejorar el aspecto cognitivo pero se vio que no habían mejoras significativas.⁽²¹⁾ En el presente estudio realizado, los resultados obtenidos nos permiten inferir que mientras más avanzada sea la edad de la persona, mayor será el riesgo para tener un deterioro cognitivo y más si hay alguna comorbilidad. Además, se ha visto que hay un predominio en las mujeres ya que también se ven más afectadas emocionalmente por los problemas familiares.

V. CONCLUSIONES

V. CONCLUSIONES

En el estudio determinamos que un gran porcentaje de adultos mayores tienen riesgo a tener depresión y algún grado de deficiencia cognitiva, así como presentar algún riesgo socio-familiar. Los cuales en conjunto influyen entre sí, demostrándose a lo largo del estudio.

Se concluye con el objetivo de la investigación, hallando que la depresión está asociado con deficiencia en el estado cognitivo, y a la vez presentando influencias en los otros aspectos, tales como el riesgo socio familiar, quien constituye un factor influyente en esta relación, la cual, al ser modificable, puede ser prevenible.

Por lo que, al conocer estos datos, se deben tomar acciones para cambiar las actitudes, políticas y planes en torno a un envejecimiento activo y saludable, evitando la depresión, el deterioro cognitivo y demás.

VI. RECOMENDACIONES

VI. RECOMENDACIONES

Por lo expuesto a lo largo del estudio, (y principalmente reforzado en los resultados), el riesgo de presentar algún grado de depresión y/o deterioro cognitivo es alto en la población geriátrica. Esto conlleva a realizar un abordaje completo en esta población, dando énfasis a la parte preventiva, y así lograr un envejecimiento saludable, prologando dichos deterioros.

Diferentes fuentes mencionan al hábito de la lectura como herramienta esencial en el ámbito de la prevención. Tanto en frecuencia como en historia de lectura, muestra una asociación con el deterioro cognitivo, de gran magnitud, incluso en los resultados del análisis estratificado. Mediante regresión logística aparece como factor de riesgo de deterioro cognitivo la edad superior a 75 años, y como factores protectores el hábito de la lectura frecuente durante más de 5 años y poseer al menos estudios primarios completos.

Entre las variables sociodemográficas, la edad avanzada, los trabajos en el hogar y en la agricultura, así como los bajos niveles de escolarización, resultaron ser factores de riesgo. No mostraron asociación, en cambio, otras características sociodemográficas, los antecedentes paternos de demencia y el riesgo cardiovascular. . En cuanto al hábito de la lectura, estudios internacionales identifican esta variable como factor protector de deterioro cognitivo. ⁽²²⁾

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Organización mundial de la salud. [Sede web]. Ginebra: OMS, 2015. [Acceso Ene 2017]. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. [282 pág.] Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf
- (2) Alvarado García A., Salazar Maya A. Análisis del concepto de envejecimiento. Gerokomos [revista en la Internet]. 2014 Jun [citado Oct 2016]; 25(2): 57-62. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2014000200002&lng=es.
- (3) Von Mühlenbrock S, Friedrich, Gómez D, Rocío, González V. Matías. Prevalencia de Depresión en pacientes mayores de 60 años hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Militar de Santiago. REV CHIL NEURO-PSIQUIAT 2011; 49 (4): 331-337
- (4) Kronfly Rubiano E, Rivilla Frias D. Riesgo de depresión en personas de 75 años o más, valoración geriátrica integral y factores de vulnerabilidad asociados en Atención Primaria. Aten Primaria [Revista en la Internet] 2015 Dic [Citado Oct. 2016]; 47 (10): 616-625. Disponible en: http://ac.els-cdn.com/S0212656714004211/1-s2.0-S0212656714004211-main.pdf?_tid=c13eb21c-ddb1-11e6-beab-00000aacb361&acdnat=1484766800_ffc9f61cf65be2a42eff97b6f567e37d
- (5) Buchtemann Dorotea; Luppá Melanie; Bramesfeld Anke; Riedel-Heller Steff. Incidence of late-life depression: A systematic review. / Journal of Affective Disorders 142 (2012) 172-179
- (6) Perú: Estimaciones y proyecciones de población 1950 – 2050. INEI [Sitio Online]; acceso Feb 2017. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib0466/Libro.pdf

- (7) Segura-Cardona Alejandra, Cardona-Arango Doris, Segura-Cardona Ángela, Garzón-Duque María. Riesgo de depresión y factores asociados en adultos mayores. Antioquia, Colombia. 2012. Rev. salud pública [Internet]. 2015 Mar [Citado Dic 2016]; 17(2): 184-194. Disponible en:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642015000200003&lng=en. <http://dx.doi.org/10.15446/rsap.v17n2.41295>
- (8) Durán-Badillo T., Aguilar R. M., Martínez M. L., Rodríguez T., Gutiérrez G., Vázquez L.. Depresión y función cognitiva de adultos mayores de una comunidad urbano marginal. Enferm. univ [revista en la Internet]. 2013 Abr [citado 2017 Ene 19]; 10(2): 36-42. Disponible en:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632013000200002&lng=es
- (9) Leiva Saldaña A., Sanchez Ramos J, et al. Factores predictores de deterioro cognitivo en población mayor de 64 años institucionalizada y no institucionalizada. Enfermería Clínica [Rev. en Internet]. 2016 [Citado Dic 2016]; 26 (2); 129 – 136. Disponible en:
<http://www.sciencedirect.com/sci-hub.io/science/article/pii/S1130862115001424>
- (10) CUSTODIO, Nilton et al. Depresión en la tercera edad como factor de riesgo y su posible rol como pródromo de demencia. Rev Neuropsiquiatr [Rev. en Internet]. 2014 [citado Dic 2016]; 77 (4); 214-225. Disponible en:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-85972014000400004&lng=es&nrm=iso
- (11) Jimenez Mendoza A., González Caamaño B. Relación entre probable deterioro cognitivo y depresión en personas adultas mayores. Enfermería Neurológica en línea [Rev en Internet] 2014 [Citado Oct 2016]; 14 (3); 148-158. Disponible en:
<http://www.revenferneurolonlinea.org.mx/documento.php?Descarga=182>

- (12) Organización mundial de la salud. [Sede web]. Ginebra: OMS, 2015. [Acceso Ene 2017]. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. [282 pág.] Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf
- (13) Ministerio de salud Chile. [Sede web]. Santiago; 2014 [acceso Ene 2017]. Programa nacional de las personas adultas mayores. [239 pág.]. Disponible en: http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/Borrador%20documento%20Programa%20Nacional%20de%20Personas%20Adultas%20Mayores-%2004-03_14.pdf
- (14) Organización panamericana de la Salud. [Sede web]. Paraguay; 2011 [acceso ene 2017]. Atención general de la persona adulta mayor en atención primaria de salud. [32 pág.]. Disponible en: http://www.paho.org/par/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publicaciones-con-contrapartes&alias=187-protocolo-2-atencion-de-la-persona-adulta-mayor-en-aps&Itemid=253.
- (15) Martínez-de la Iglesia J, Onis-Vilches MC, Dueñez-Herrero R, Aguado-Taberné C, Albert-Colomer C, Luque-Luque R. Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado para el cribado de depresión en mayores de 65 años. Adaptación y validación. Med Fam. 2012; 12:620-30.
- (16) Fernández-Ramajo MA, González-Bustillo MB, Gutiérrez-De Montes S, Sánchez-Alonso Rosa I, Hernández-Pedraza R, Jiménez-Verdú M. ¿Estamos utilizando el instrumento adecuado para valorar la dependencia? Revisión sistemática. Salud Castilla Leon.
- (17) Instituto Nacional de Salud. Guía técnica para la valoración nutricional antropométrica de la persona adulta mayor. Lima: INS; 2013. Disponible: http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/5/jer/otros_lamejo_cenan/Gu%C3%ADa%20T%C3%A9cnica%20VNA%20Adulto%20Mayor.pdf
- (18) Morimoto SS, Alexopoulos GS. Cognitive Deficits in Geriatric Depression: Clinical Correlates and Implications for Current and Future Treatment. Psychiatr Clin North

Am [Internet]. diciembre de 2013 [citado Feb 2016];36(4). Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3830452/>

(19) Geda YE. Mild Cognitive Impairment in Older Adults. *Curr Psychiatry Rep.* agosto de 2012;14(4):320-7.

(20) Castellano-Fuentes C. La influencia del apoyo social en el estado emocional y las actitudes hacia la vejez y el envejecimiento en una muestra de ancianos. *International Journal of Psychology & Psychological Therapp.* 2014;14(3):365-77.

(21) Moonen JF, Foster-Dingley JC, de Ruijter W, et al. Effect of discontinuation of antihypertensive treatment in elderly people on cognitive functioning—the dante study leiden: A randomized clinical trial. *JAMA Intern Med* [Internet]. 24 de agosto de 2015 [citado 30 de agosto de 2015]; Recuperado a partir de: <http://dx.doi.org/10.1001/jamainternmed.2015.4103>.

(22) Esteve ME, Collado AG. El hábito de lectura como factor protector de deterioro cognitivo. *Rev. Gaceta Sanitaria.* [Revista on-line] 2013 [Consultado Feb 2016]; 27(1):68–71. Disponible en:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911112001628>

ANEXOS

ANEXO 01

FICHA RECOLECCIÓN DE DATOS ADULTO MAYOR

Sexo: ____ M ____ F

Edad: ____

Valoración Funcional: ____

Estado cognitivo: ____ Sin deterioro Cognitivo
____ Con leve deterioro Cognitivo
____ Con moderado deterioro Cognitivo
____ Con severo deterioro Cognitivo

Estado afectivo: ____ Manifestaciones depresivas
____ Sin manifestaciones depresivas

Riesgo sociofamiliar: ____ Si ____ No

Categoría adulto mayor: ____ Saludable
____ Enfermo
____ Frágil
____ Geriátrico

Comorbilidades: ____ Hipertensión
____ Diabetes Mellitus
____ Colesterolemia
____ Osteoartritis
____ Enfermedades cardiovasculares

IMC: ____

ANEXO 02

ESTADO AFECTIVO (Esacla abreviada de Yesavage)				
¿Está satisfecho con su vida?	NO	Colocar una marca (x), si corresponde -	SIN MANIFESTACIONES DEPRESIVAS (0 - 1 marca)	
¿Se siente impotente o indefenso?	SI			
¿Tiene problemas de memoria?	SI			
¿Siente desgano o se siente imposibilitado respecto a actividades e intereses?	SI		CON MANIFESTACIONES DEPRESIVAS (2 ó más marcas)	

ANEXO 03

Cuestionario abreviado de Pfeiffer

	(+)	(-)
1. ¿Qué día es hoy? (día del mes, mes y año)		
2. ¿Qué día de la semana es hoy?		
3. ¿Dónde estamos ahora?		
4. ¿Cuál es su número de teléfono? O ¿Cuál es su dirección? (Si no tiene teléfono)		
5. ¿Cuántos años tiene?		
6. ¿Cuándo es la fecha de su nacimiento? (día, mes y año)		
7. ¿Quién es ahora el presidente del Gobierno?		
8. ¿Quién fue el anterior presidente del Gobierno?		
9. ¿Cuáles son los dos apellidos de su madre?		
10. Restar de 3 en 3 al número 20 hasta llegar al 0		
Puntuación total		

Puntúan los errores, 1 punto por error:

0 - 2 errores: Normal

3 - 4 errores: Leve deterioro cognitivo

5 - 7 errores: Moderado deterioro cognitivo, patológico

8 - 10 errores: Importante deterioro cognitivo

Se permite 1 error de más si no ha recibido educación primaria

Se permite 1 error de menos si ha recibido estudios superiores

ANEXO 04

INDICE DE KATZ (ACTIVIDADES BASICAS DE LA VIDA DIARIA) (ABVD)

LAVADO

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> No recibe ayuda (entrada y salida) de la bañera por sí mismo, si esta es la forma habitual al bañarse | <input type="checkbox"/> Recibe ayuda en la limpieza de sólo una parte de su cuerpo (por ejemplo espalda o piernas) | <input checked="" type="checkbox"/> Recibe ayuda en el aseo de más de una parte de su cuerpo o ayuda al entrar y salir de la bañera |
|--|---|---|

VESTIDO

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Toma la ropa y se viste completamente sin ayuda | <input type="checkbox"/> Sin ayuda, excepto para atarse los zapatos | <input checked="" type="checkbox"/> Recibe ayuda para coger la ropa o ponérsela, o permanecer parcialmente vestido. |
|--|---|---|

USO DE RETRETE

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Va al retrete, se limpia y se ajusta la ropa sin ayuda (puede usar bastón, andador o silla de ruedas) | <input checked="" type="checkbox"/> Recibe ayuda para ir al retrete, limpiarse, ajustarse la ropa o en el uso nocturno del orinal | <input checked="" type="checkbox"/> No va al retrete |
|--|---|--|

MOVILIZACIÓN

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Entra y sale de la cama. Se sienta y se levanta sin ayuda (puede usar bastón o andador) | <input checked="" type="checkbox"/> Entra y sale de la cama, se sienta y se levanta de la silla con ayuda | <input checked="" type="checkbox"/> No se levanta de la cama |
|--|---|--|

CONTINENCIA

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Controla completamente ambos esfínteres | <input checked="" type="checkbox"/> Incontinencia ocasional | <input checked="" type="checkbox"/> Necesita supervisión. Usa sonda vesical o es incontinente |
|--|---|---|

ALIMENTACIÓN

- | | | |
|------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sin ayuda | <input type="checkbox"/> Ayuda sólo para cortar la carne o untar el pan | <input checked="" type="checkbox"/> Recibe ayuda para comer o es alimentado parcialmente o completamente usando sondas o fluidos intravenosos |
|------------------------------------|---|---|

☐ Independiente

☒ Dependiente

VALORACION

- Independiente en todas las funciones.
- Independiente en todas, salvo en una de ellas.
- Independiente de todas, salvo lavado y otras más.
- Independiente en todas, salvo lavado, vestido y otras más.
- Independiente en todas, salvo lavado, vestido, uso del inodoro, movilización y otras más.
- Dependiente en las seis funciones.

Otras dependencias al menos en dos funciones, pero no clasificable como C, D, E o F.

ANEXO 05

VALORACIÓN SOCIO - FAMILIAR

Pts.	1. SITUACIÓN FAMILIAR
1	Vive con familia, sin conflicto familiar
2	Vive con familia, presenta algún grado de dependencia física/psíquica
3	Vive con conyugue de similar edad
4	Vive solo y tiene hijos con vivienda próxima
5	Vive solo y carece de hijos o viven lejos (interior del país o extranjero)

Pts.	2. SITUACIÓN ECONÓMICA
1	Dos veces el salario mínimo vital
2	Menos de 2, pero más de 1, salarios mínimos vitales
3	Un salario mínimo vital
4	Ingreso irregular (menos del mínimo vital)
5	Sin pensión, sin otros ingresos

Pts.	3. VIVIENDA
1	Adecuada a las necesidades
2	Barreras arquitectónicas en las viviendas (pisos irregulares, gradas, puertas estrechas.)
3	Mala conservación, humedad, mala higiene, equipamiento inadecuado (baño incompleto.)
4	Vivienda semi construida o de material rústico
5	Asentamiento humano (invasión) o sin vivienda

Pts.	4. RELACIONES SOCIALES
1	Mantiene relaciones sociales en la comunidad
2	Relación social sólo con familia y vecinos
3	Relación social sólo con la familia
4	No sale del domicilio pero recibe visitas de familia
5	No sale del domicilio y no recibe visitas

Pts.	5. APOYO DE LA RED SOCIAL (MUNICIPIO, CLUBES, ONG, SEGURO SOCIAL, VIVIENDA)
1	No necesita apoyo
2	Requiere apoyo familiar o vecinal
3	Tiene seguro, pero necesita mayor apoyo de éste o voluntariado social
4	No cuenta con seguro social
5	Situación de abandono familiar

VALORACIÓN SOCIO - FAMILIAR

<input type="checkbox"/>	Buena/aceptable situación social
<input type="checkbox"/>	Existe riesgo social
<input type="checkbox"/>	Existe problema social
5 - 9 pts: Buena/aceptable situación social	
10 - 14 pts: Existe riesgo social	
>15 pts: Existe problema social	

CATEGORÍAS DEL ADULTO MAYOR

(Al final de la primera consulta)

SALUDABLE

☐
☐

ENFERMO

FRAGIL

☐
☐

GERIÁTRICO COMPLEJO